일차의료 방문진료 수가 시범사업 지침

2024. 11.

보건복지부

건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

차 례 CONTENTS

Ⅰ. 시범사업 목적 및 개요 ····· 1
1. 추진배경 ····· 1
2. 사업목적 ····· 1
3. 근거 ····· 1
4. 시범사업 개요 ····· 3

Ⅱ. 추진체계 및 운영 ····· 6
1. 수행 주체별 역할 ····· 6
2. 추진 절차도 ····· 7

Ⅲ. 요양급여비용 산정 및 청구방법 ····· 8
1. 요양급여 기준 ····· 8
2. 산정지침 ····· 9
3. 급여목록 및 상대가치점수 ····· 11
4. 요양급여비용 청구방법 ····· 12

차 례 CONTENTS

Ⅳ. 시범사업 자료제출 시스템 ····· 19

1. 대상기관 신청 ····· 19
2. 대상자 조회 ····· 21
3. 방문진료 점검서식 작성 ····· 22
4. 공지사항 ····· 25
5. 기타 ····· 25

Ⅴ. 시범기관 준수 및 주의사항 ····· 26

Ⅵ. 시범사업 평가 ····· 29

[별지 서식] 제1호~제5호 ····· 31

[제1호] 일차의료 방문진료 수가 시범사업 참여 신청서(의료기관용) ····· 33
[제2호] 일차의료 방문진료 수가 시범사업 참여 약정서 ····· 34
[제3호] 일차의료 방문진료 수가 시범사업 참여 및 개인정보 수집·이용·제3자 제공 동의서(환자용) ····· 35
[제4호] 일차의료 방문진료 점검서식 ····· 38
[제5호] 일차의료 방문진료 수가 시범기관 철회 요청서(의료기관용) ····· 39

[별첨] 시범사업 관련 질의응답 ····· 41
[부록] 시범사업 관련 문의처 ····· 54

Ⅰ. 시범사업 목적 및 개요

1 추진배경

가. 국민의 다양한 의료적 욕구에 대한 대응

○ 지속적이고 장기적인 의료서비스가 필요한 환자가 증가하고 있으나, 재가 환자에 대한 적정한 의료 전달체계가 없어 국민의 욕구 대응 공백

나. 거동 불편 환자에 대한 의료접근성 개선 필요

○ 의료기관 내원 위주의 서비스 제공은 한정된 의료자원을 효율적으로 사용할 수 있으나, 거동 불편 환자 등에 대한 의료접근성 문제 발생

2 사업목적

가. 방문진료에 따른 적정 보상 마련으로 거동불편자 의료 접근성 향상 및 커뮤니티케어 기반 확보

3 근거

가. 「보건의료기본법」 제44조(보건의료 시범사업) ① 국가와 지방자치단체는 새로운 보건의료제도를 시행하기 위하여 필요하면 시범사업을 실시할 수 있다.

나. 「국민건강보험법」 제41조의5(방문요양급여) 가입자 또는 피부양자가 질병이나 부상으로 거동이 불편한 경우 등 보건복지부령으로 정하는 사유에 해당하는 경우에는 가입자 또는 피부양자를 직접 방문하여 제41조에 따른 요양급여를 실시할 수 있다.

다.「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제8조의3(방문요양급여 실시 사유) 법 41조의5에서 “질병이나 부상으로 거동이 불편한 경우 등 보건복지부령으로 정하는 사유에 해당하는 경우”란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여 의료기관을 방문하기 어려운 경우를 말한다.

1)「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」제16조제1항에 따른 장애인 건강 주치의 제도의 대상이 되는 중증장애인

2)「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」제2조제3호에 따른 말기환자(末期患者)

3) 가정형 인공호흡기를 사용하는 등 일정 수준 이상의 의료적 요구가 있어 방문요양급여를 제공받을 필요가 있는 18세 미만 환자

4) 그 밖에 질병, 부상, 출산 등으로 거동이 불편하여 방문요양급여가 필요하다고 보건복지부 장관이 정하여 고시하는 경우에 해당하는 사람

4 시범사업 개요

가. 사업개요

○ 지역 내 시범기관의 의사가 거동이 불편하여 의료기관에 내원하기 어렵다고 판단한 환자를 대상으로 직접 방문진료 의료서비스 제공

[그림] 방문진료 개념도

나. 사업대상

1) **(대상 기관)**「의료법」 제3조제2항제1호가목에 따른 의원으로 방문진료 가능 의사가 1인 이상이면서 일차의료 방문진료 수가 시범사업(이하 '시범사업'이라 함) 참여 신청을 통해 참여기관으로 등록 완료된 기관

단, 예외적으로 장기요양 재택의료센터 시범사업(보건복지부 요양보험제도과 관장)참여기관으로 선정된 지방의료원(이하 '시범기관'이라 함)

2) **(대상자)** 질병 · 부상 및 출산 등으로 인하여 진료를 받아야 할 필요성이 있으나 **보행이 곤란 · 불가능하여 환자 · 보호자의 방문진료 요청이 있는 경우**

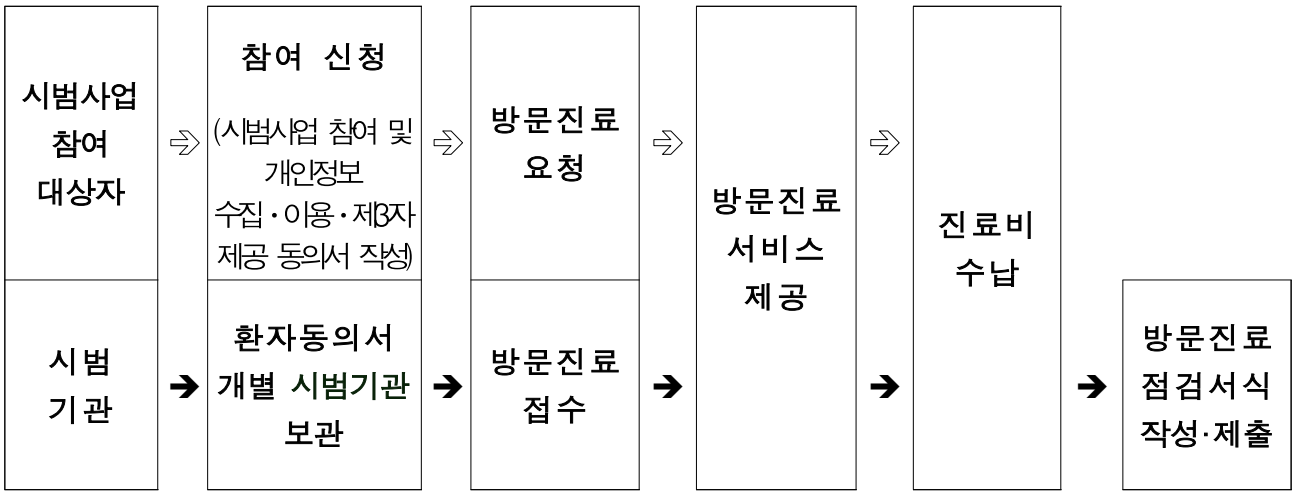
※ 단, 촉탁의 또는 협약의료기관 의사가 진료하는 「사회복지사업법」 기준에 따른 사회복지시설 및 「노인장기요양보험법」에 따른 장기요양기관 입소자 제외

【대상자 유형(예시)】		
① 마비(하지·사지마비·편마비 등)	② 수술직후	③ 말기 질환
④ 의료기기 등 부착(산소치료, 인공호흡기 등)	⑤ 신경계 퇴행성 질환	
⑥ 욕창 및 궤양	⑦ 정신과적 질환	⑧ 인지장애 등

단, **진료사고 방지와 환자 안전 등을 위해 시범기관을 내원하여 1회 이상 진료 받은 경험이 있는 환자 대상을 원칙으로 하되, 초진 환자도 의사가 방문진료가 필요하다고 판단한 경우 가능**

3) **(예외) 거동이 불편하지 않은 환자**도 환자나 환자 보호자가 요청하는 경우 방문진료를 실시할 수 있으나, **방문진료료 시범수가 전액을 환자가 부담**

다. 방문진료 서비스 제공절차



라. 방문진료 세부 서비스 내용

○ **(진찰)** 문진, 시진, 청진, 타진, 촉진 등을 실시

○ **(처방)** 내복약, 외용제 등에 대한 처방

○ **(질환관리)** 만성질환, 단순한 급성 · 아급성 질환 등에 대한 관리

○ **(검사)** 혈압계, 산소포화도측정기, 이경 등을 활용한 기본검사 등

○ **(의뢰)** 필요 시 적절한 전문 의료기관으로의 의뢰

○ **(교육상담)** 질병 상태 및 관리계획에 대한 환자 · 보호자 교육 실시

○ **(기타)** 검체 채취, 투약, 주사, 응급처치 등에 대한 교육 등

※ 환자의 필요 따라 다양한 서비스 제공 가능

마. 방문진료 점검서식

○ **(자료제출)** 방문진료를 제공한 후에는 진료내용 등에 대하여 [별지 제4호 서식] "일차의료 방문진료 점검서식"을 작성한 뒤 건강보험심사평가원(이하 '심평원'이라 함)에 제출

바. 시범사업 참여 안내

○ 시범기관은 당해 기관이 사업 참여기관인 점과 방문진료 제공 가능한 지역·시간에 대한 안내, 환자 본인 부담 내역 등 주요사항을 환자 또는 보호자가 보기 쉬운 곳(의료기관 입구, 진료비 수납 창구 등)에 적절한 방법으로 게시하여야 함

사. 시범사업 기간

○ 시범사업 시작일로부터 3년으로 하되, 사업성과에 따라 필요 시 단축 또는 연장 가능

Ⅱ. 추진체계 및 운영

1 수행 주체별 역할

가. 보건복지부

○ 시범사업에 관한 주요 정책 결정 등 시범사업 추진 총괄

나. 심평원

○ 시범사업 운영 및 지원, 수가 및 급여기준 개발, 시범사업 운영 지침·관리, 요양급여비용 심사·점검, 시범사업 평가 등 사후관리, 정보시스템 구축 및 운영 등

다. 사업 자문기구

○ (구성) 보건복지부, 심평원, 국민건강보험공단(이하 '공단'으로 함), 관련 학회 등으로 구성·운영

○ (역할) 시범사업 개선 필요사항 도출 및 개선방안 등 논의

라. 시범사업 참여기관

○ 방문진료 서비스 제공, 방문진료 점검서식 제출 및 비용 청구 등

○ 시범사업 안내 및 제공

마. 공단

○ 자격확인시스템 관리(장기요양 등급자 및 요양비 급여 대상자)

○ 사후관리(장기요양 등급자 및 요양비 급여 대상자 자격 불일치 등)

○ 요양급여비용 지급

※ 「국민건강보험법」에 따른 각 기관별 세부업무 수행

2 추진 절차도

단계	사업절차	주관기관
시범사업 공고 및 신청서 접수	시범사업 참여 의료기관 공고-필요시	보건복지부
	* 장기요양 재택의료센터 시범사업 참여 지방의료원은 '일차의료 방문진료 수가 시범사업'에 별도 통보	요양보험제도과
	시범사업 참여 의료기관 신청 및 접수	보건복지부, 심평원
시범사업 등록	시범사업 의료기관 선정·통보 및 등록	보건복지부, 심평원
시범사업 수행	대상 환자 시범사업 참여 신청 및 방문진료 요청	
	대상자 자격 정보 제공	공단
	대상자 자격 확인 및 일차의료 방문진료 수가 시범사업 서비스 제공	시범기관
자료제출 및 급여비용 청구·지급	일차의료 방문진료 점검서식 제출	시범기관
	요양급여비용 청구	시범기관
	요양급여비용 지급	공단
사업평가	사업추진 결과 및 실적보고	심평원
	시범사업 평가	보건복지부

Ⅲ. 요양급여비용 산정 및 청구방법

1 요양급여 기준

가. 요양급여의 범위 및 비용부담

1) 급여의 범위

○ 요양급여의 적용 및 방법은 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」제5조제1항에 의한 '요양급여의 적용기준 및 방법'(별표1)에 따르며, 요양급여의 범위는 동 규칙 제9조제1항에 의한 '비급여 대상'(별표2)을 제외한 일체의 것으로 한다.

2) 급여비용의 부담

○ 건강보험 가입자 또는 피부양자는 요양급여비용총액의 100분의 30을 본인이 부담한다. 단, 장기요양 1·2등급 와상환자 및 요양비(산소치료, 인공호흡기) 급여 대상자는 100분의 15를 본인이 부담한다.

○ 차상위 본인부담경감 1종 및 2종 대상자는 요양급여비용총액의 100분의 5를 본인이 부담한다.

> * △ **차상위 본인부담경감 대상자 1종** : 희귀질환·중증난치질환 또는 중증질환 본인부담경감대상자
> △ **차상위 본인부담경감 대상자 2종** : 차상위 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자, 차상위 장애인 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자

○ 의료급여 1종 및 2종 수급권자는 의료급여비용총액의 100분의 5를 본인이 부담한다.

2 산정지침

가. 방문진료료란 방문진료 시범기관에 소속된 방문진료 의사가 의료기관에 내원하여 진료를 받은 적이 있는 거동 불편 환자의 자택(가정)을 방문하여 진료하고 방문진료 점검서식을 제출한 경우에 산정한다. 이는 환자의 특성, 진료내용, 소요시간 불문하고 모든 환자에게 동일하게 적용한다.

1) **'방문진료료 Ⅰ'**은 방문진료 시 발생하는 행위·약제 및 치료재료 등에 대한 비용을 포함하는 방문진료료를 의미하며, 이 경우 행위·약제 및 치료재료 등에 대한 수가는 별도로 산정할 수 없다.

2) **'방문진료료 Ⅱ'**는 방문진료 시 발생하는 행위·약제 및 치료재료 등을 포함하지 않는 방문진료료를 의미하며, 이 경우 방문진료료 외 별도로 이루어진 행위·약제 및 치료재료 등은 건강보험 및 의료급여 요양(의료)급여비용 산정기준에 따라 별도 산정 할 수 있다.

3) 동일 건물의 환자들을 동시 또는 연속적으로 방문진료하는 경우, 방문진료료 소정점수의 75%를 산정한다.(산정코드 세 번째 자리에 3으로 기재)

4) 동일 세대 환자들을 동시 또는 연속적으로 방문진료하는 경우, 첫 번째 방문진료료는 소정점수에 의하여 산정하고, 두 번째 방문진료료 부터는 방문진료료 소정점수의 50%를 산정한다.(산정코드 세 번째 자리에 4로 기재)

5) 방문진료시 의사외 인력(간호사, 물리치료사, 작업치료사)을 동반할 경우 350.69점을 가산한다. (산정코드 두 번째 자리에 1로 기재)

6) 1세 미만의 소아에 대하여는 21.56점, 1세 이상 6세 미만의 소아에 대하여는 8.88점을 가산한다. (산정코드 첫 번째 자리에 1세 미만은 1, 1세 이상 6세 미만은 6으로 기재)

7) 의료접근성취약지 기관의 경우 방문진료료Ⅰ은 275.56점, 방문진료료Ⅱ는 191.70점을 가산한다. (산정코드 첫 번째 자리에 R로 기재) 다만, 의료접근성취약지 기관가산과 소아가산이 동시에 적용되는 경우, 1세 미만의 소아에 대하여는 A, 1세 이상 6세 미만의 소아에 대하여는 B를 첫 번째 자리에 기재한다.

나. 방문진료료는 의사 1인당 한달*에 60회까지 산정할 수 있다. 단, 장기요양 재택의료센터 시범사업 참여기관은 의사 1인당 한달에 100회까지 산정할 수 있다.

* 한달: 1일부터 말일까지를 의미

다. 방문진료료는 방문진료 의사가 대상 환자에게 시범사업에 대해 충분히 설명하고, [별지 제3호 서식] "일차의료 방문진료 수가 시범사업 참여 및 개인정보 수집·이용·제3자 제공 동의서"를 받아 실시한 경우 산정한다. (별도 제출 없이 시범기관 자체 보관)

라. 방문진료 제공 후에는 방문진료 내용 등과 관련하여, [별지 제4호 서식] "일차의료 방문진료 점검서식"을 작성한 뒤 심평원에 제출하여야 한다.

마. 방문진료료는 동반인력, 6세미만의 소아, 의료접근성취약지 기관가산 외 각종 가산을 적용하지 아니한다.

바. 외래환자 진찰료(가-1) 및 교통비는 별도 산정하지 아니한다.

사. 방문진료 대상이 아닌 환자에게 방문진료를 실시한 경우, 1회 방문당 점수에 대하여 환자 본인이 방문진료료의 100분의 100을 부담한다.

아. 방문진료료는 환자 1인당 주* 3회 산정할 수 있다. 단, 말기 암환자 등 집중 의료서비스가 필요한 경우는 주3회를 초과하여 산정할 수 있다.

* 주: 월요일부터 일요일까지를 의미

※ 주 3회를 초과하여 산정하는 경우에는 시범사업 자료제출 시스템 점검서식에 반드시 예외사유를 기재하여 제출

3 급여목록 및 상대가치점수

(점수당 단가: '24년 의원 93.6원, 병원 81.2원)

분류번호	코드	분류	점수	금액(원) '24년
방문 진료료		**방문진료료** 주 : 1. 동일 건물 환자들을 동시 또는 연속적으로 방문하는 경우, 소정점수의 75%를 각각 산정한다.(산정코드 세 번째 자리에 3으로 기재) 2. 동일 세대 환자들을 동시 또는 연속적으로 방문하는 경우, 첫 번째 방문진료료는 소정점수에 의하여 산정하고, 두 번째 방문진료료 부터 소정점수의 50%를 산정한다.(산정코드 세 번째 자리에 4로 기재) 3. 방문진료시 의사외 인력(간호사, 물리치료사, 작업치료사)을 동반할 경우, 350.69점을 가산한다.(산정코드 두 번째 자리에 1로 기재) 4. 1세 미만의 소아에 대하여는 21.56점, 1세 이상 6세 미만의 소아에 대하여는 8.88점을 가산한다. (산정코드 첫 번째 자리에 1세 미만은 1, 1세 이상 6세 미만은 6으로 기재) 5. 의료접근성취약지 기관의 경우 방문진료료 I은 275.56점, 방문진료료 II는 191.70점을 가산한다.(산정코드 첫 번째 자리에 R로 기재) 다만, 의료접근성취약지 기관 가산과 소아가산이 동시에 적용되는 경우, 1세 미만의 소아에 대하여는 A, 1세 이상 6세 미만의 소아에 대하여는 B를 첫 번째 자리에 기재한다.		
		가. 방문진료료 I		
	IA001	(1) 의원	1,377.81	128,960
	IA003	(2) 병원급이상	1,677.81	136,240
		나. 방문진료료 II		
	IA002	(1) 의원	958.51	89,720
	IA004	(2) 병원급이상	1,158.51	94,070

4 요양급여비용 청구방법

- 일차의료 방문진료 수가 시범사업의 요양급여비용 청구방법이며, 이 지침에서 정하고 있지 아니한 사항은 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」에 의함

가. 청구원칙

1) **(요양급여비용 청구 및 자료제출 매체)** 시범기관은 정보통신망 또는 전산 매체로 요양급여비용을 청구한다.

2) **(청구 시기)** 방문진료료는 요양급여비용 청구 가능 시기로부터 2개월 이내에 청구한다.

3) **(심사청구서)** 시범사업 명세서와 비시범사업 명세서는 하나의 심사청구서에 작성한다

4) **(명세서 작성방법)** 동일 환자에 대해서는 방문진료료Ⅱ와 방문진료에 따른 진료내역을 하나의 명세서로 작성한다. 다만, 동일 날 동일 기관에서 동일 환자에게 내원진료와 방문진료를 모두 실시한 경우에는 내원진료 명세서와 방문진료 시범사업 명세서를 분리하여 작성한다.

5) **(특정내역 기재)** 시범사업 명세서는 명일련 단위 특정내역 구분코드(MT002)란에 해당하는 특정기호를 반드시 단독 기재한다.

○ 명일련 단위 특정내역

구분	대상자	특정기호
1	일차의료 방문진료 수가 시범사업 대상자	S017
2	장기요양 1·2등급 와상환자	S048
3	요양비(산소치료, 인공호흡기) 급여 대상자	S049

나. 명세서 작성요령

1) 명세서 일반내역

항목	세부작성요령
요양급여일수	□ 해당 요양급여비용 명세서의 요양급여를 받은 실 일수를 기재한다.
총내원일수	□ 방문진료를 받은 실 일수를 기재한다. 다만, 동일 날 동일 기관에서 동일 환자에게 내원진료와 방문진료를 모두 실시한 경우, 시범사업 명세서의 총내원일수는 "0"으로 기재한다.

2) 명세서 상병내역

항목	세부작성요령
내원일자	□ 방문진료를 실시한 일자를 기재한다. - 방문진료 실시일자는 방문하여 실제 진료 시작시간을 기준으로 작성한다.

3) 명세서 진료내역 및 특정내역

○ (진료내역) "01항 03목 응급 및 회송료 등"란에 기재하고, 명세서 상병내역 및 진료내역(줄단위)의 면허종류, 면허번호란에 방문진료 시행 의사의 면허종류, 면허번호를 기재한다.

○ (명일련 단위 특정내역)

- 연간 외래 진료 횟수가 365회를 초과하는 경우에는 특정내역 구분코드(MT002)란에 'F029'를 우선 기재 후 줄을 달리하여 해당하는 특정기호 'S017, S048, S049'를 기재한다.

항목	세부작성요령
방문진료료	□ "01항 03목 응급 및 회송료 등"란에 기재하고, '특정내역란'에 특정기호 "S017"을 기재한다.

(예시1) 거동불편 환자에게 방문진료 후 '방문진료료Ⅰ'을 청구하는 경우

항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액	면허종류	면허번호
01	03	1	IA001	128,960	1	1	128,960	1	12345
특정내역기재란									
발생단위구분		줄번호		특정내역구분			특정내역		
1				MT002			S017		

(예시2) 건강보험 장기요양 1·2등급 와상환자에게 방문진료 후 '방문진료료Ⅰ'을 청구하는 경우

항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액	면허종류	면허번호
01	03	1	IA001	128,960	1	1	128,960	1	12345
특정내역기재란									
발생단위구분		줄번호		특정내역구분			특정내역		
1				MT002			S048		

* 'S048' 특정기호를 단독 기재하여 청구

(예시3) 건강보험 요양비(산소치료, 인공호흡기) 급여 대상자에게 방문진료 후 '방문진료료Ⅰ'을 청구하는 경우

항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액	면허종류	면허번호
01	03	1	IA001	128,960	1	1	128,960	1	12345
특정내역기재란									
발생단위구분		줄번호		특정내역구분			특정내역		
1				MT002			S049		

* 'S049' 특정기호를 단독 기재하여 청구

항목	세부작성요령

(예시4) 거동이 불편하지 않은 환자에게 방문진료 후 '방문진료료Ⅰ'을 청구하는 경우

항	목	코드 구분	코드	단가	일투	총투	금액	면허종류	면허번호
U	03	1	IA001	128,960	1	1	128,960	1	12345
특정내역기재란									
발생단위구분		줄번호		특정내역구분			특정내역		
1				MT002			S017		

(예시5) 동일 건물에 있는 거동불편 환자에게 방문진료 후 '방문진료료Ⅰ'을 청구하는 경우

항	목	코드 구분	코드	단가	일투	총투	금액	면허종류	면허번호
01	03	1	IA001003	96,720	1	1	96,720	1	12345
특정내역기재란									
발생단위구분		줄번호		특정내역구분			특정내역		
1				MT002			S017		

(예시6) 동일 세대 환자들에게 방문진료 후 청구하는 경우

① 첫 번째 '방문진료료Ⅱ' 명세서

항	목	코드 구분	코드	단가	일투	총투	금액	면허종류	면허번호
01	03	1	IA002	89,720	1	1	89,720	1	12345
특정내역기재란									
발생단위구분		줄번호		특정내역구분			특정내역		
1				MT002			S017		

② 두 번째 '방문진료료Ⅰ' 명세서

항	목	코드 구분	코드	단가	일투	총투	금액	면허종류	면허번호
01	03	1	IA001004	64,480	1	1	64,480	1	12345
특정내역기재란									
발생단위구분		줄번호		특정내역구분			특정내역		
1				MT002			S017		

항목	세부작성요령

(예시7) 방문진료시 의사외 인력(간호사, 물리치료사, 작업치료사)을 동반하여 청구하는 경우

항	목	코드 구분	코드	단가	일투	총투	금액	면허종류	면허번호
01	03	1	IA001010	161,790	1	1	161,790	1	12345
특정내역기재란									
발생단위구분		줄번호		특정내역구분			특정내역		
1				MT002			S017		

(예시8) 장기요양 재택의료센터 시범사업 참여 지방의료원(병원급)이 방문진료를 시행한 경우

항	목	코드 구분	코드	단가	일투	총투	금액	면허종류	면허번호
01	03	1	IA003	136,240	1	1	136,240	1	12345
특정내역기재란									
발생단위구분		줄번호		특정내역구분			특정내역		
1				MT002			S017		

(예시9) 1세 미만 소아에게 방문진료를 시행한 경우

항	목	코드 구분	코드	단가	일투	총투	금액	면허종류	면허번호
01	03	1	IA001100	130,980	1	1	130,980	1	12345
특정내역기재란									
발생단위구분		줄번호		특정내역구분			특정내역		
1				MT002			S017		

(예시10) 연간 외래진료 횟수가 365회를 초과하는 대상자에게 방문진료 후 '방문진료료Ⅰ'을 청구하는 경우

항	목	코드 구분	코드	단가	일투	총투	금액	면허종류	면허번호
01	03	1	IA001	128,960	1	1	128,960	1	12345
특정내역기재란									
발생단위구분		줄번호		특정내역구분			특정내역		
1				MT002			F029		
1				MT002			S017		

항목	세부작성요령
	(예시11) 연간 외래진료 횟수가 365회를 초과하는 장기요양 1·2등급 와상환자에게 방문진료 후 '방문진료료Ⅰ'을 청구하는 경우

항	목	코드 구분	코드	단가	일투	총투	금액	면허종류	면허번호
01	03	1	IA001	128,960	1	1	128,960	1	12345
특정내역기재란									
발생단위구분		줄번호		특정내역구분			특정내역		
1				MT002			F029		
1				MT002			S048		

4) 특정내역 구분코드 작성요령

구분코드	특정내역	작성요령 및 기재형식
MT002	특정기호	◆ 방문진료료를 산정하는 경우 "S017"을 기재 ◆ 기재형식: X(4) ◆ (예시) 방문진료료를 산정할 경우 MT002 S017

5) 명세서 본인일부부담금

항목	세부작성요령
방문진료료	**(예시1)** 건강보험 차상위(E)환자가 장기요양 재택의료센터 시범사업 참여 지방의료원(병원급)에서 방문진료 후 '방문진료료Ⅰ'을 청구하는 경우

항	목	코드 구분	코드	단가	일투	총투	금액
01	03	1	IA003	136,240	1	1	136,240

공상등 구분	요양급여비용총액1	청구액	본인일부부담금*
E	136,240	129,440	6,800

* 요양급여비용총액1(136,240원)의 5%

(예시2) 건강보험 차상위(E)환자가 장기요양 재택의료센터 시범사업 참여 지방의료원(병원급)에서 방문진료 후 '방문진료료Ⅱ'와 별도 행위료를 청구하는 경우

항	목	코드 구분	코드	단가	일투	총투	금액
01	03	1	IA004	94,070	1	1	94,070
04	01	1	KK059	440	1	1	440

공상등 구분	요양급여비용총액1	청구액	본인일부부담금*
E	94,510	89,810	4,700

* 요양급여비용총액1(94,510원)의 5%

(예시3) 의료급여 2종 환자가 제2차의료급여기관에서 방문진료 후 '방문진료료Ⅱ'와 별도 행위료를 청구하는 경우

항	목	코드 구분	코드	단가	일투	총투	금액
01	03	1	IA004	94,070	1	1	94,070
04	01	1	KK059	440	1	1	440

의료급여종별구분코드	의료급여비용총액1	청구액	본인일부부담금*
2	94,510	89,790	4,720

* 의료급여비용총액1(94,510원)의 5%

다. 보완청구 및 추가청구

1) 보완청구

○ 시범기관이 요양급여비용을 청구하였으나, 심평원에서 심사 불능 처리된 건에 대하여는 해당 사유를 보완하여 보완 청구한다.

2) 추가청구

○ 시범기관이 요양급여비용을 지급 받은 명세서 중 진료내역의 일부가 당초 청구 시 누락된 경우에는 누락된 진료내역만을 추가 청구한다.

3) 보완·추가청구 시 기재하는 구분코드 및 청구방법은 "요양급여비용 청구방법 심사청구서·명세서서식 및 작성요령"에 따른다.

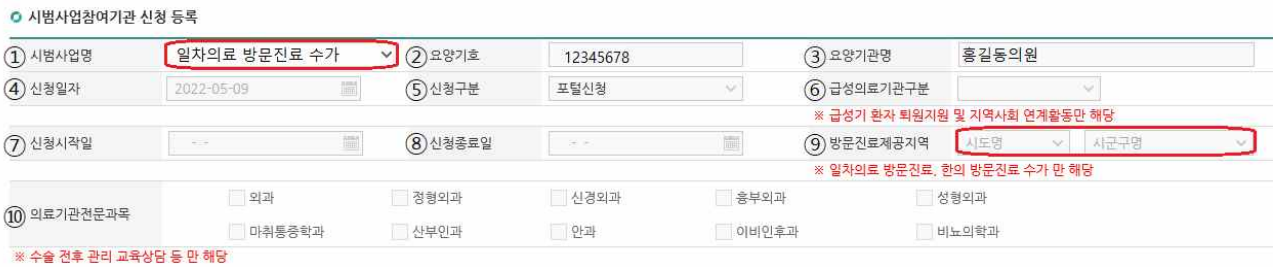
Ⅳ. 시범사업 자료제출 시스템

1 대상기관 신청

가. 요양기관업무포털(https://biz.hira.or.kr) 접속하여 공동인증서 로그인 후 [시범사업 자료제출 시스템] 선택

나. (상단메뉴) 시범사업 신청> 시범사업 대상기관 신청

다. 시범사업명 “일차의료 방문진료 수가” 선택 후 방문진료제공지역 등 기입



➲ ① : “일차의료 방문진료 수가” 선택

➲ ② ~ ⑤, ⑦, ⑧ : 자동 입력됨

➲ ⑨ : 방문진료제공지역 선택

➲ ⑥, ⑩ : 활성화 되지 않는 항목으로, 선택/체크 하지 않아도 됨

라. 시범사업참여신청서 내용 확인 및 약정서 동의 여부 체크 후 신청

➲ ①, ② : 휴대전화번호 및 이메일주소 기입

➲ ③ : 필요시 내용 기입

➲ ④ : 시범사업참여약정서 내용 확인

➲ ⑤ : 시범사업참여약정서 동의여부 체크

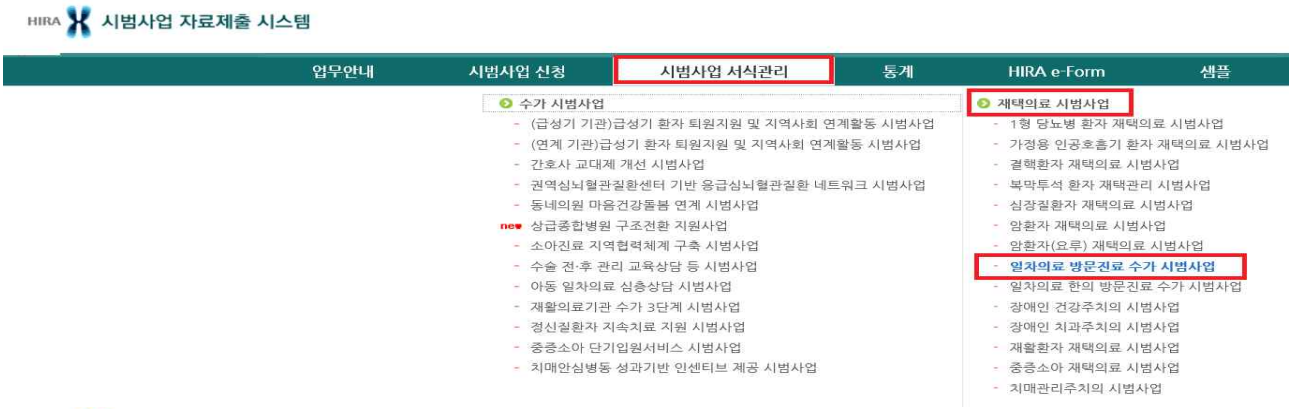
➲ ⑥, ⑦ : 필요시 참고자료 다운 및 첨부파일 추가

➲ ⑧ : 시범사업신청서 제출

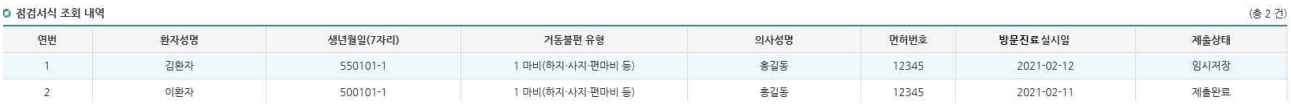
마. 시범사업 참여를 철회하고자 하는 의료기관은 시범사업 자료제출 시스템의 공지사항에서 [별지 제5호 서식] ‘일차의료 방문진료 수가 시범기관 철회 요청서(의료기관용)’를 받아 심평원으로 제출(팩스, 메일 등)

2 대상자 조회

가. 요양기관업무포털(https://biz.hira.or.kr) 접속 및 공동인증서 로그인 후 시범사업 자료제출시스템> 시범사업 서식관리> 재택의료 시범사업> 일차의료 방문진료 수가 시범사업> 대상자 조회 및 점검서식 작성



나. 해당 조건별로 입력 후, 조회 클릭 시 조회 가능



점검서식 조회 내역 (총 2 건)

연번	환자성명	생년월일(7자리)	거동불편 유형	의사성명	면허번호	방문진료 실시일	제출상태
1	김환자	550101-1	1 마비(하지·사지·편마비 등)	홍길동	12345	2021-02-12	임시저장
2	이환자	500101-1	1 마비(하지·사지·편마비 등)	홍길동	12345	2021-02-11	제출완료

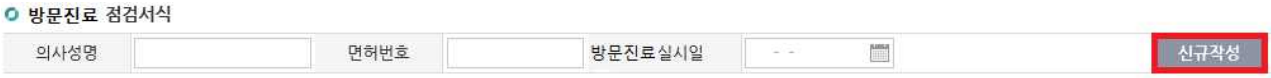
다. 점검서식 조회 리스트에서 '**제출완료**' 혹은 '**임시저장**'으로 점검서식 제출상태 확인이 가능하며, 방문진료 점검서식 제출 완료 시 순차적으로 번호가 부여

라. 제출상태가 '임시저장'인 경우, 해당 줄을 더블 클릭 시 수정·삭제 가능한 '방문진료 점검서식 작성화면'으로 이동

마. 제출 상태가 '제출완료'인 경우, 수정 및 삭제 불가

3 방문진료 점검서식 작성

가. 방문진료 점검서식 신규작성



1) 의사성명, 면허번호, 방문진료실시일 입력 후,

신규작성 버튼 클릭 시 방문진료 점검서식 **작성 화면으로 이동**

○ 의사성명의 경우, 실제 방문진료를 실시한 의사의 이름을 공백 없이 정확히 기재하여야 하며, 숫자나 특수기호 등은 입력 불가

2) 방문진료실시일: 연월일(yyyy-mm-dd)로 기재하고, 가정에 방문하여 진료시작 시간이 포함된 일자로 작성

나. 방문진료 점검서식 작성요령

➲ ① : 환자성명 기재

➲ ② : 주민등록번호 기재(재진환자의 경우 주민번호 입력 후 진료정보 클릭시 환자의 이전정보를 불러와 ①, ④만 자동입력)

➲ ③ : 대상자 구분 체크

➲ ④ : 시도 및 시군구를 콤보박스로 선택하고, 나머지 주소는 직접 기재

➲ ⑤ : 동일 건물 및 동일 세대 방문 여부 체크

- (해당 없음) 동일 건물 및 동일 세대에 해당 없는 경우 체크
- (동일 건물) 동일 건물에서 방문진료 시행 시, 해당 환자들의 점검 서식에 모두 '동일 건물' 체크
- (동일 세대) 동일 세대 방문진료 시행 시, 두 번째 환자부터 '동일 세대' 체크

※ 첫 번째 환자는 '해당 없음' 체크

➲ ① : 방문진료료 본인부담 체크

- (일부 본인부담) 대상자가 거동 불편 환자인 경우
- (전액 본인부담) 대상자가 거동이 불편하지 않은 환자인 경우

➲ ② : 거동불편 유형 모두 체크, 해당항목이 없는 경우 '⑨ 기타' 체크 후 거동 불편 유형을 직접 작성

➲ ③ : 산정횟수 예외적용 사유가 없는 경우 '기타' 선택 후 사유 기재

➲ ① : 방문진료유형 체크

➲ ②~④ : 전단계에서 방문진료 점검서식 신규작성을 위해 입력한 값 자동 생성 (수정 불가)

➲ ⑤ : 환자를 방문하여 실제 진료가 이루어진 시간 작성(24시간 기준)

- (진료시작시간) 연월일은 자동생성(수정불가), 시분은 정수 입력
- (진료종료시간) 연월일 및 시분 정수 입력

➲ ⑥ : 방문진료 동반 인력 체크, 해당인력이 없는 경우 '기타' 선택 후 입력

➲ ⑦ : 주된 이동방법 체크

➲ ⑧ : 편도기준 이동 거리 기입

➲ ⑨ : 편도기준 이동 소요시간 체크

➲ ⑩ : 방문진료 사유 모두 체크, 해당항목이 없는 경우 '⑧ 기타' 체크 후 방문 진료 사유 직접 작성

※ ③ '교체·관리가 필요한 의료기기' 종류 예시: 유치도뇨관, 비위관 등

➲ ① : 진료 및 조치내용 모두 체크, 해당항목이 없는 경우 '⑥ 기타' 체크 후 진료 및 조치내용 직접 작성

➲ ② : 향후 계획 체크, 해당항목이 없는 경우 '기타' 체크 후 향후 계획 직접 작성

➲ ① : 지역사회 연계 여부 체크

- (연계 선택시) 보건소, 지방자치단체 등 해당항목 모두 체크 혹은 '기타' 체크 후 연계기관 직접 작성

➲ 방문진료 점검서식 작성 후 임시저장 가능하며, 최종제출시 삭제 및 수정 불가

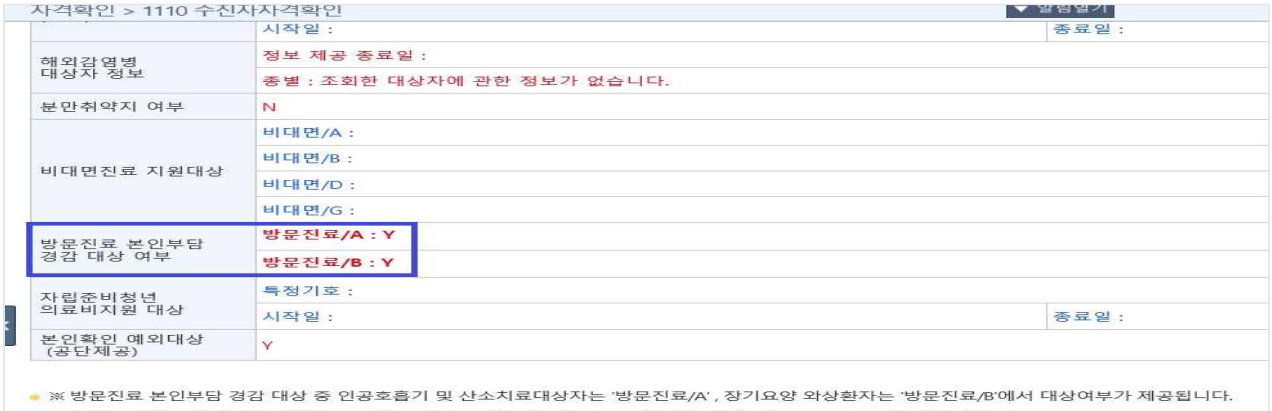
4 공지사항

○ 요양기관업무포털(https://biz.hira.or.kr) 접속 및 공동인증서 로그인 후 시범사업 자료제출시스템> 시범사업 서식관리> 재택의료 시범사업> 일차의료 방문진료 수가 시범사업> 공지사항

5 기타

○ 방문진료 본인부담 경감 대상 여부 확인

- 국민건강보험공단요양기관정보마당(https://medicare.nhis.or.kr) → 자격확인 → 수진자 자격확인



V. 시범기관 준수 및 주의사항

1 시범사업 및 요양급여 안내

○ 시범기관은 일차의료 방문진료 수가 시범사업에 참여하는 대상자에게 시범사업 및 요양급여 내용에 대하여 적절한 안내를 하여야 한다.

○ 시범기관은 당해 기관이 시범사업 참여기관인 점과 방문진료 제공 가능한 지역, 시간, 본인부담내역, 대상 등 주요사항을 환자 또는 보호자가 보기 쉬운 장소(의료기관 입구, 진료비 수납 창구 등)에 적절한 방법으로 게시하여야 한다.

2 개인정보 제공 동의서 작성·보관

○ 시범기관은 시범사업 참여를 원하는 대상자에게 시범사업에 대해 설명하고, 시범사업 참여 및 개인정보 수집·이용·제3자 제공에 대한 동의서를 작성 받아 보관하여야 한다.

3 자료제출 및 현황신고 의무

○ 시범기관은 시범사업 서비스를 대상자에게 제공 후 방문진료 서식 내역을 성실하게 작성하여 제출하여야 한다.

○ 시범기관은 시범사업 수행에 따라 생성된 자료를 보건복지부 및 심평원이 시범사업에 대한 연구용역, 모니터링, 평가, 설문조사 등에 필요하여 요청 시 지체없이 제출하여야 한다.

○ 시범기관은 시범 수가와 관련하여 소속된 의사 인력에 대한 변동이 있을 시, 이를 지체 없이 심평원에 신고하여야 한다.

4 연구과제 참여 및 현지 방문 협조 의무

○ 시범기관은 보건복지부 또는 심평원이 시범사업과 관련된 연구를 수행하는 과정에서 참여기관에 소속된 의료인에게 연구진으로 연구 참여를 요청하거나, 현지방문 요청 시 적극적으로 협조하여야 한다.

5 제재조치 등

○ 시범기관이 사회통념상 시범사업에 참여하는 것이 부적절하거나, 관련법령 등을 위반하는 경우에 시범사업 중단 및 시범기관 지정이 취소될 수 있다.

○ 시범기관은 시범사업 운영지침 등에서 정하는 급여 기준을 위반하여 착오, 허위 기타 부당한 방법으로 관련 수가를 지급받은 경우에는 그 금액의 전부를 공단에 반환하여야 한다.

○ 심평원 및 공단은 위 사항에 대한 확인점검 및 자료제출을 요구할 수 있다. 이 경우 요양기관은 이에 적극적으로 협조할 의무가 있으며, 이를 거부하는 경우에는 관련 수가 등 지급을 유예하거나 지급하지 아니할 수 있다.

6 준수사항 이행 약정체계

○ 시범기관은 시범사업 지침 등 관련 규정을 준수하여야 하며, 이를 준수하지 않거나, 사업 신청 후 2년 동안 방문진료 서비스 제공이 전혀 이루어지지 않는 기관에 대해서는 사전 안내 등을 거쳐 시범사업 중단 및 시범기관 지정이 취소될 수 있다.

○ 시범기관은 시범사업 지침 등 관련규정을 준수할 수 없는 부득이한 사유(대표자 사망, 기관 폐업 등)가 발생한 경우 시범사업 중단 및 시범기관 지정이 취소될 수 있다.

7 주의사항

○ 의료법 및 행정해석에 따라 방문진료 거부의 정당한 사유에 해당하는 경우, 의사는 방문진료 요청을 거부할 수 있다.

VI. 시범사업 평가

1 평가 주체

○ 시범사업 평가는 보건복지부에서 주관하여 외부 연구용역을 통해 진행

2 평가 내용

○ (서비스 내용) 진료시간, 방문진료시간(주/야간), 제공 횟수, 의사 진료과목 등

○ (대상지역) 다양한 수가 마련을 위한 지역별 방문진료행태 분석

○ (대상환자) 의료적 필요성, 환자 본인부담 등

○ (시범사업 평가) 운영 현황 분석, 사업의 적절성 및 타당성, 의료체계의 전반적인 문제 및 건강보험 지원체계의 종합적 평가

3 평가 방법

○ 요양급여비용 청구·지급자료, 진료기록(방문진료 점검서식 등), 요양기관별 소요비용 자료 등 분석 및 모니터링 필요 시 시범기관 방문, 설문조사

4 평가 시기

○ 시범사업 기간 중 실시내용을 토대로 하되, 평가시기 및 기간 등은 일부 변동 가능

5 평가 관련 자료제출

○ 시범기관은 평가 등 관련하여 진료기록부, 관련 점검 자료, 진료비 계산서 등 필요한 자료제출을 요구받을 시 지체 없이 제출하여야 함

별 지 서 식 모 음

[별지 제1호 서식] 일차의료 방문진료 수가 시범사업 참여 신청서(의료기관용)

[별지 제2호 서식] 일차의료 방문진료 수가 시범사업 참여 약정서

[별지 제3호 서식] 일차의료 방문진료 수가 시범사업 참여 및 개인정보 수집·이용·제3자 제공 동의서(환자용)

[별지 제4호 서식] 일차의료 방문진료 점검서식

[별지 제5호 서식] 일차의료 방문진료 수가 시범기관 철회 요청서(의료기관용)

[별지 제1호 서식] 일차의료 방문진료 수가 시범사업 참여 신청서(의료기관용)

일차의료 방문진료 수가 시범사업 참여 신청서 (의료기관용)

요양기호		기관명	
방문진료 제공 지역	(시/도) (시/군/구)	휴대전화번호	
이메일 주소			

본 의료기관은 일차의료 방문진료 수가 시범사업에 참여를 신청하고 사업참여 약정서를 첨부와 같이 제출합니다.

년 월 일

신 청 인(대표자, 기관장) (서명 또는 인)

보 건 복 지 부 장 관 귀 하

* <첨부> 시범사업 참여 약정서

[별지 제2호 서식] 일차의료 방문진료 수가 시범사업 참여 약정서

일차의료 방문진료 수가 시범사업 참여 약정서

기 관 명 :
요양기관기호 :

위 기관은 일차의료 방문진료 수가 시범사업(이하 "시범사업") 수행기관(이하 "시범기관")으로서 다음 각 호의 사항을 성실히 이행할 것을 약속하며, 이를 준수하지 않을 경우 관련 수가 반환 및 시범사업 기관 지정 취소 등 보건복지부(이하 "복지부")의 조치를 감수할 것을 서약하고 본 약정서를 제출합니다.

1. 의무 및 협조

가. 시범기관은 시범사업이 성공적으로 수행될 수 있도록 최선의 노력을 다하여야 하며, 시범사업과 관련하여 복지부가 협의 등을 요청하면 적극적으로 협력하여야 한다.

나. 시범기관은 각호의 사항을 준수하여야 하며, 그 밖에 복지부의 요청 사항에 대해 적극적으로 협조하여야 한다.

① 시범기관은 복지부의 시범사업 운영지침 등에서 정한 기준에 따라 성실하게 시범사업을 운영하여야 한다.

② 시범기관은 시범사업 수행에 따라 생성된 관련 자료를 복지부가 시범사업에 대한 점검, 모니터링, 평가 및 연구과제 수행 등에 필요하여 요청할 때는 지체 없이 제출하여야 한다. 또한, 위와 같은 사유로 사업장 출입을 요청하거나 관련 서류의 열람 등을 요구할 때는 이에 적극적으로 협조하여야 한다.

③ 시범기관은 환자와 그 보호자가 알 수 있도록 방문진료 가능 지역, 시간 등을 게시하고, 진찰시 시범사업 내용을 설명하고 환자의 동의를 받아야 한다. 다만, 시범사업 기간 연장 또는 환자 동의기간 만료 시에는 [별지 제3호 서식]에 따라 동의를 받아야 한다.

2. 운영계약 체결 및 관련 서류 제출 등

시범기관은 시범사업에 투입되는 의료진에 대해 직접 고용함을 원칙으로 하며, 관련 서류를 보관하여야 한다.

3. 준용

이 참여약정서에 명기되지 아니한 사항에 대해서는 관계 법령, 시행지침 그 밖에 사회 통념상 합리적인 기준에 따라 처리한다.

년 월 일

기관장 (직인)

보건복지부장관 귀하

[별지 제3호 서식] 일차의료 방문진료 수가 시범사업 참여 및 개인정보 수집 · 이용 · 제3자 제공 동의서

「일차의료 방문진료 수가 시범사업」 참여를 위한 개인정보 수집 · 이용 및 제3자 제공 동의서 (환자용)

참여환자성명		주민등록번호	* 외국인의 경우 외국인등록번호
전화번호			

「일차의료 방문진료 수가 시범사업」 참여를 위하여 아래의 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공에 대한 내용을 자세히 읽어 보신 후 동의 여부를 결정하여 주시기 바랍니다.

가. 개인정보를 제공받는 기관 및 사업

기관	시범사업 참여 의료기관, 보건복지부, 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단
사업	일차의료 방문진료 수가 시범사업

[일차의료 방문진료 수가 시범사업 안내]

- o 보건복지부는 지역사회 중심으로 환자의 필요에 적합한 방문진료 제공을 위해 2019년 12월부터 「일차의료 방문진료 수가 시범사업」을 실시하고 있습니다.
- o 본 사업은 시범기관에 소속된 의사가 거동이 불편하여 의료기관에 방문하기 어려운 환자를 대상으로 가정에 방문하여 진찰, 투약, 교육, 상담 등을 제공하며, 이에 대해 환자는 요양급여 비용의 일부를 본인이 부담하여야 합니다.
- o 방문진료는 진료 의사의 판단에 의해 제공되며, 방문진료 제공이 필요하지 않은 상태인 경우나, 방문진료 불가능 지역, 위협이나 폭력 등이 있는 경우 등 방문진료 제공이 중단될 수 있습니다. 또한, 의료기관의 진료 사정 등에 따라 방문진료가 즉각적으로 이루어지기 어려울 수 있습니다.
- o 신청인은 환자 본인 또는 가족(「민법」 제779조에 따른 가족으로 배우자, 직계혈족, 형제자매, 생계를 같이 하는 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매)입니다.

나. 개인정보 수집·이용에 관한 동의

개인정보를 제공받는 자	일차의료 방문진료 수가 시범사업 참여 의료기관
개인정보의 수집·이용 목적	일차의료 방문진료 수가 시범사업 대상자 진료 및 관련 업무수행
수집하는 개인정보의 항목	성명, 생년월일, 성별, 전화번호, 주소
개인정보 보유 및 이용기간	5년

※ 귀하는 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 시범사업 참여에 제한을 받을 수 있습니다.

본인은 「일차의료 방문진료 수가 시범사업」 참여·신청자로 개인정보보호법 제15조 규정에 의거하여 본인의 개인정보를 제공할 것을 동의합니다.

☐ 동의 ☐ 미동의

다. 민감정보 수집·이용에 관한 동의

민감정보의 수집·이용 목적	일차의료 방문진료 수가 시범사업 대상자 관리 및 관련 업무 수행
수집하는 민감정보의 항목	**장기요양등급자, 요양비급여대상자, 방문진료료 본인부담 여부, 거동불편유형, 방문진료 기본정보**(방문진료 유형, 방문진료실시일, 진료소요시간, 방문진료 사유, 방문진료 시행 의사 및 동반인력), **진료정보**(진료 및 조치 내용, 향후 계획), **지역사회 연계 여부**
민감정보 보유 및 이용기간	**5년**

※ 귀하는 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 시범사업 참여에 제한을 받을 수 있습니다.

본인은 「일차의료 방문진료 수가 시범사업」 참여·신청자로 개인정보보호법 제23조 규정에 의거하여 본인의 민감정보를 제공할 것을 동의합니다.

☐ 동의 ☐ 미동의

라. 개인정보의 제3자 제공에 관한 동의

개인정보를 제3자에게 제공하는 자		시범사업 참여 의료기관
개인정보를 제공받는 제3자		**보건복지부**
		건강보험심사평가원
		국민건강보험공단
개인정보를 제공받는 제3자의 개인정보 수집·이용 목적		**서비스 적절성 및 효과성 평가를 위한 기초자료 수집, 서비스 내용 심사 및 평가, 연구용역**
제3자가 제공받는 개인정보의 항목	개인정보	성명, 생년월일, 성별, 전화번호, 주소
	민감정보	**장기요양등급자, 요양비급여대상자, 방문진료료 본인부담 여부, 거동불편유형, 방문진료 기본정보**(방문진료 유형, 방문진료실시일, 진료소요시간, 방문진료 사유, 방문진료 시행 의사 및 동반인력), **진료정보**(진료 및 조치 내용, 향후계획), **지역사회 연계 여부**
제3자의 개인정보 보유 및 이용기간		**5년**

※ 귀하는 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 시범사업 참여에 제한을 받을 수 있습니다.

본인은 「일차의료 방문진료 수가 시범사업」 참여·신청자로 개인정보보호법 제17조, 제18조 규정에 의거하여 본인의 개인정보를 제3자에게 제공할 것을 동의합니다.

☐ 동의 ☐ 미동의

마. 민감정보의 제3자 제공에 관한 동의

민감정보를 제3자에게 제공하는 자	국민건강보험공단
민감정보를 제공받는 제3자	시범사업 참여 의료기관
민감정보의 수집·이용 목적	일차의료 방문진료 수가 시범사업 대상자 수급자격 확인
제공하는 민감정보의 항목	장기요양등급자 1·2등급(거동불편자) 수급자격 확인 요양비(산소치료,인공호흡기) 급여 대상자 확인
민감정보 보유 및 이용기간	5년

※ 귀하는 위의 민감정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 거부할 경우 시범사업 참여가 제한 될 수 있습니다.

본인은「일차의료 방문진료 수가 시범사업」참여·신청자로 개인정보보호법 제 23조 규정에 의거하여 본인의 민감정보를 제공할 것을 동의합니다.

☐ 동의 ☐ 미동의

바. 고유식별정보 처리 고지사항

개인정보 항목	주민등록번호, 외국인 등록번호
개인정보 처리사유	일차의료 방문진료 수가 시범사업 대상자 진료 및 관련 업무수행
처리근거	국민건강보험법 제 63조 및 동법 시행령 제 81조

※ 개인정보보호법 제 24조 제1항 제1호 및 제24조의2 제1항 제1호에 따라 정보주체의 동의 없이 고유식별정보를 처리합니다.

사. 미성년자(만14세 미만)의 개인정보 수집·이용·제3자 제공 등 동의여부

본인은 환자의 법정대리인으로서 개인정보보호법 제22조에 의거하여 개인정보의 수집·이용·제3자 제공 등에 관하여 확인하였습니다.

법정 대리인	성명		전화번호	
	생년월일		주소	

※ 법정대리인은 법정대리인을 증명할 수 있는 서류(가족관계증명서, 주민등록등본)제출 요망

위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까? ☐ 동의 ☐ 미동의

년 월 일

본인 성명 (서명 또는 인)

법정대리인 성명 (서명 또는 인)

상기 본인은「개인정보보호법」등 관련 법규에 의거하여 개인정보(민감정보, 고유식별정보 포함) 수집·이용·제3자 제공 동의 여부에 관하여 최종적으로 확인하였습니다.

년 월 일

환자와의 관계

성 명 (서명 또는 인)

일차의료 방문진료 수가 시범기관 ○○ 기관장 귀하

보건복지부 건강보험심사평가원 HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

[별지 제4호 서식] 일차의료 방문진료 점검서식

(해당 항목에 ☑표기 및 내용기재)

1. 환자 정보			
1. 환자성명		2. 주민등록번호	
3. 대상자 구분	해당없음	☐ 장기요양 1·2등급 와상 및 요양비 미 해당	
	장기요양 등급	☐ 1등급	☐ 2등급
	와상여부	☐ 유	☐ 무
	요양비	☐ 산소치료	☐ 인공호흡기
4. 주소			
5. 동일 건물 및 동일 세대 방문 여부	○ 해당 없음	○ 동일 건물	○ 동일 세대
2. 대상자 유형			
1. 방문진료료 본인부담	○ 일부 본인부담	○ 전액 본인부담	
2. 거동불편 유형	(1.방문진료료 '일부 본인부담'일 경우, 해당 항목에 모두 체크) ☐ ① 마비(하지·사지·편마비 등) ☐ ② 수술 직후(한 달 이내) ☐ ③ 말기질환(암, 사망선고 등) ☐ ④ 의료기기 등 부착(산소치료, 인공호흡기 등) ☐ ⑤ 신경계퇴행성 질환 ☐ ⑥ 욕창 및 궤양 ☐ ⑦ 정신과적 질환 ☐ ⑧ 인지장애 ☐ ⑨ 기타( )		
3. 산정횟수 예외적용	☐ 해당없음 ☐ 말기암환자 ☐ 다발성경화증 ☐ 중증근무력증 ☐ 경추손상 ☐ 수술직후 ☐ 기타( )		
3. 방문진료 기본정보			
1. 방문진료유형	○ 예약	○ 비예약	
2. 방문진료의사명		3. 방문진료의사면허번호	
4. 방문진료실시일	년 월 일	5. 진료 시간주1)	(1) 시작 년 월 일, 시 분 (2) 종료 년 월 일, 시 분
6 방문진료동반인력	☐ 없음 ☐ 가정전문간호사 ☐ 간호사(가정전문간호사 외) ☐ 물리치료사 ☐ 작업치료사 ☐ 기타( )		
7. 이동방법	(주요 이동방법 한 가지 체크) ○ 대중교통 ○ 자가 이동수단 ○ 도보	8. 이동거리(편도)주2)	km
9. 이동 소요시간(편도)	○ 10분 미만 ○ 10~20분 미만 ○ 20~30분 미만 ○ 30분 이상		
10. 방문진료사유	(해당 항목에 모두 체크) ☐ ① 수술 관련 처치 필요 ☐ ② 급성기질환(고열, 탈수 등) ☐ ③ 의료기기 등 교체·관리 (종류:) ☐ ④ 욕창 관리 ☐ ⑤ 신경정신과적 변동(뇌혈관질환, 심리상태 불안정 등) ☐ ⑥ 수액 주입 ☐ ⑦ 영양 관리 ☐ ⑧ 기타( )		
4. 진료 정보			
1. 진료 및 조치 내용	(해당 항목에 모두 체크) ☐ ① 침습적 처치 ☐ ② 검사 시행 ☐ ③ 처방전 발행 ☐ ④ 응급실 내원 권고 ☐ ⑤ 진찰 및 상담 ☐ ⑥ 기타 ( )		
2. 향후 계획	○ 조치 완료 ○ 재방문 필요 ○ 입원 치료 권고 ○ 기타 ( )		
5. 지역사회 연계			
1. 지역사회 연계 여부	○ 연계 ○ 미연계 연계 시 해당 항목에 모두 체크 ☐ ①보건소 ☐ ②지방자치단체(사회복지과 등) ☐ ③지역의료기관 ○ ④기타 ( )		

주1) 진료시간: 방문진료를 위해 환자를 방문하여 실제 진료가 이루어진 시간으로 작성 (24시간 기준으로 시작 및 종료 시간)

주2) 이동거리: 편도 기준으로 이동 거리(km)를 정수로 입력

[별지 제5호 서식] 일차의료 방문진료 수가 시범기관 철회 요청서(의료기관용)

일차의료 방문진료 수가 시범기관 철회 요청서 (의료기관용)

요양기호		기관명	
작성자 성명		연락처	
철회 사유			

본 의료기관은 위와 같은 사유로 일차의료 방문진료 수가 시범기관의 승인 철회를 요청합니다.

년 월 일

신 청 인(대표자, 기관장) (서명 또는 인)

보 건 복 지 부 장 관 귀 하

별첨 시범사업 관련 질의응답

Ⅰ 방문진료 수가

▣ 제공 기관

Q1 시범사업 신청은 어떻게 하나요?

❍ 심평원 요양기관업무포털에서 시범사업 참여 신청 할 수 있습니다.

* 요양기관업무포털(https://biz.hira.or.kr) 공동인증서 로그인 ⇨ 시범사업 자료제출 시스템 ⇨ 시범사업 신청 ⇨ 시범사업 대상기관 신청 內 시범사업명 "일차의료 방문진료 수가 시범사업"

Q2 시범사업에 참여하는 의료기관과 의사의 자격 제한이 있나요?

❍ 환자를 방문할 수 있는 의사가 1인 이상 있어야 시범사업에 참여 가능합니다. 시범사업 참여 시범기관에 소속된 의사가 방문진료를 할 수 있으며, 진료과목이나 자격에 대한 제한은 없습니다.

Q3 의사가 2인 이상 소속된 시범기관의 경우, 소속된 의사 모두 방문진료를 실시 할 수 있나요?

❍ 요양기관의 운영 형태 및 의사의 진료 상황 등을 고려하여 소속된 의사 모두 방문진료가 가능하다면, 방문진료 수행 가능합니다.

Q4 시범기관의 의사가 퇴사 후 다른 의료기관에 입사하게 되는 경우 계속해서 방문진료를 할 수 있나요?

❍ 시범기관의 의사가 퇴사 후 다른 방문진료 시범기관에 입사한 경우, 계속해서 방문진료 시범사업에 참여 할 수 있으나, 시범기관이 아닌 곳에 입사한 경우에는 방문진료 시범사업에 참여할 수 없습니다.

▣ 대상 환자

Q5 시범사업 대상이 어떻게 되나요?

○ 건강보험 가입자·피부양자, 의료급여 수급권자와 차상위계층 환자 모두 해당됩니다.(보훈환자 제외)

Q6 재진 환자이지만 사전에 시범사업 참여 신청을 하지 않고 방문진료를 요청한 경우, 방문진료가 가능한가요?

○ 시범사업 참여 대상자에게 시범사업과 요양급여 내용에 대하여 적절한 안내 및 동의를 구한 후, 방문진료를 제공하는 것을 원칙으로 합니다.

○ 다만, 사전에 동의서를 작성하지 않고 방문진료를 시행할 경우, 방문진료 시 시범사업 참여신청 및 개인정보 수집·이용·제3자 제공 동의서를 작성하도록 합니다.(환자가 직접 작성이 어려운 경우 보호자가 대신 작성 가능)

Q7 재진 환자에게만 방문진료 서비스를 제공할 수 있나요?

○ 방문진료는 진료사고 방지와 환자 안전 등을 위해, 시범기관을 내원하여 1회 이상 진료를 받은 경험이 있는 환자에게 제공하는 것을 원칙으로 합니다.

○ 다만, 의사가 방문진료가 필요하다고 판단한 경우, 초진 환자에게도 방문진료 서비스를 제공할 수 있습니다.

Q8 「방문진료 점검서식」에 열거된 거동불편 대상자 유형만 방문진료 서비스를 받을 수 있나요?

○ 거동이 불편하지 않은 환자도 환자나 환자 보호자가 요청하는 경우 방문진료 서비스를 받을 수 있으나, 방문진료료 시범수가 전액을 환자 본인이 부담합니다.

Q9 「사회복지사업법」 기준에 따른 사회복지시설*(「노인장기요양보험법」에 따른 장기요양기관을 포함)에 거주하는 환자에게 방문진료 후, 방문진료료 시범수가를 산정할 수 있나요?

○ 방문진료 서비스는 거동이 불편한 재가(가정) 환자가 대상입니다. 따라서 촉탁의 또는 협약의료기관 의사가 진료하는 「사회복지사업법」기준에 따른 사회복지 시설 및 「노인장기요양보험법에」에 따른 장기요양기관(예, 요양원 등) 입소자는 방문진료료 산정 대상이 아닙니다.

▣ 기타

Q10 방문진료를 할 수 있는 시간과 지역 제한이 있나요?

○ 방문진료 제공의 시간과 지역적 범위 제한은 없습니다.

○ 다만, 방문진료를 제공하는 의료기관에서 환자 거주지로의 이동거리 및 방문진료 의사의 진료 상황 등을 종합적으로 고려하여, 방문진료 시간과 가능지역 범위를 정하시기 바랍니다.

Q11 방문진료 시 원외 처방이 필요한 경우, 원외 처방전을 어떻게 환자(보호자)에게 제공하나요?

○ 원외 처방전 발급 관련 의료법령 등을 준수하시기 바랍니다.

Q12 장기요양급여 제공을 위한 의사소견서, 방문간호지시서 발급을 목적으로 방문진료시 방문진료료 산정이 가능한가요?

○ 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」제9조 제1항에 의한 별표2 비급여대상 3조 사목에 따른 장애인 진단서 등 각종 증명서 발급의 목적은 비급여 대상이므로 방문진료 수가 산정대상이 아닙니다.

Ⅱ 요양급여비용 산정기준

Q13 방문진료료는 언제부터 산정할 수 있나요?

○ 사업 시작일 이후 환자의 요청에 따라 방문진료를 제공하고, 방문진료 점검서식을 제출한 날부터 방문진료료를 산정할 수 있습니다.

Q14 방문진료료는 최대 몇 회까지 산정 가능한가요?

○ 방문진료료는 시범기관에 소속된 의사 1인당 한달에 최대 60회까지 산정 가능합니다. 단 장기요양 재택의료센터 시범사업으로 기관으로 선정된 경우 의사1인당 한달에 최대 100회까지 산정 가능합니다.

○ '한달'은 1일 부터 말일까지를 의미하며, 해당 시범기관이 방문진료를 시작한 날짜와 관계없이 해당 날짜가 속한 월 단위를 기준으로 최대 60회(장기요양 재택의료센터 시범사업 기관의 경우 최대 100회)까지 산정할 수 있습니다.

○ 한 기관에 방문진료 의사가 2명 이상인 경우, 의사당 각각 한달에 최대 60회(장기요양 재택의료센터 시범사업 기관은 100회)까지 산정 가능합니다.

Q15 자정 전 방문진료를 시작하여 다음날 진료가 끝난 경우, 수가 산정은 어떻게 하나요?

○ 방문진료료는 방문당 수가입니다. 따라서, 방문진료 진료 시간이 자정을 포함하여 일자가 바뀌더라도 진료 시작 시간이 포함된 일자에 한하여 1회 산정 가능합니다.

Q16 방문진료 시 진찰료(가-1 외래환자 진찰료)와 그 외 행위·약제 및 치료재료에 대한 비용을 별도로 산정할 수 있나요?

○ '방문진료료 Ⅰ' 수가를 청구할 경우, 초·재진 진찰료와 행위·약제 및 치료재료에 대한 비용은 모두 포함되어 있어 별도 산정할 수 없습니다.

○ '방문진료료 Ⅱ' 수가를 청구할 경우, 초·재진 진찰료는 포함되어 있어 별도 산정할 수 없으나, 행위·약제 및 치료재료에 대한 비용은 별도 산정할 수 있습니다.

Q17 방문진료 시 다른 인력이 동반될 경우, 추가로 비용 산정이 가능한가요?

○ 방문진료의사 외 간호사, 물리치료사, 작업치료사의 경우에만 동반인력에 대한 가산수가 산정이 가능합니다.
다만, 동반인력가산 수가와 동시에 가-13 가정간호기본방문료[방문당]의 별도 산정은 불가합니다.

Q18 방문진료 시 가정전문간호사를 동행하여 방문진료와 가정간호를 동시에 제공한 경우, 가정간호기본방문료와 행위·약제 및 치료재료 등에 대한 비용을 별도 산정할 수 있나요?

○ 가-13 가정간호기본방문료[방문당]는 '방문진료료Ⅰ'과 '방문진료료Ⅱ' 청구 시 별도 산정 가능합니다.
다만, '방문진료료Ⅰ' 수가는 행위·약제 및 치료재료에 대한 비용이 모두 포함되어 있으므로 가정간호기본방문료 이외 행위·약제 및 치료재료 등의 비용은 별도 산정할 수 없습니다.

Q19 의료접근성취약지 기관 가산은 어떤 경우 산정이 가능한가요?

○ 「농업·농촌 및 식품산업 기본법」 제3조(정의) 5항 가호에 의거, 읍·면의 지역에 위치한 기관에서 방문진료시 가산수가 산정이 가능합니다.

Ⅲ 청구방법

Q20 산정특례 환자의 경우, '방문진료료' 청구 시 본인부담률이 어떻게 적용되나요?

○ 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 및 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 별표1에서 정한 본인부담 경감 대상자는 특정기호 또는 본인부담구분코드에 따른 본인부담률이 적용되지 않습니다.

Q21 방문진료를 실시한 당일에 환자가 방문진료를 시행한 시범기관에 입원하게 된 경우, 어떻게 청구하나요?

○ 방문진료를 시행한 후 환자가 당일 입원한 경우, 방문진료료는 외래명세서에 작성하여 입원 명세서와 분리하여 청구합니다.

Q22 동일건물 또는 동일세대를 방문하여 방문진료를 실시한 경우, 방문진료료는 어떻게 청구하나요?

○ 동일건물 환자들에게 방문진료 시, 방문진료료 소정점수의 75%를 각각 산정합니다. 이 경우, 방문진료료 수가 산정코드 세 번째 자리에 3으로 기재합니다.

○ 동일세대 환자들에게 방문진료 시, 첫 번째 방문진료료는 소정점수를 산정하고, 두 번째 방문진료료부터는 소정점수의 50%를 산정합니다. 이 경우, 두 번째 방문진료료부터는 수가 산정코드 세 번째 자리에 4로 기재합니다.

예)

유형	연번	환자	방문진료료 분류	산정코드	소정점수 산정비율
동일 건물	1	A	방문진료료 Ⅱ	IA002003	75%
	2	B	방문진료료 Ⅰ	IA001003	75%
동일 세대	1	C	방문진료료 Ⅰ	IA001	100%
	2	D	방문진료료 Ⅱ	IA002004	50%
	3	E	방문진료료 Ⅰ	IA001004	50%

Q23 의료기관에 내원하여 외래진료를 받은 거동불편 환자가 상태 변화로 인하여 동일 날 방문진료를 받은 경우 어떻게 청구하나요?

❍ 동일 요양기관에서 동일 날 동일 환자에게 외래진료와 방문진료가 모두 이루어진 경우, 내원 진료 명세서와 방문진료 명세서는 반드시 분리하여 청구합니다.

❍ 이 때, 시범사업 명세서(방문진료 명세서)의 특정내역 구분코드(MT002)란에는 'S017'을 기재하고, 총내원일수란에는 "0"으로 기재합니다.

예) 동일 날 오전 외래진료와 오후 방문진료를 받은 환자의 명세서

구 분	일반내역		상병내역	특정내역
	명세서 일련번호	총내원일수	내원일자	MT002
(명세서 1) **외래진료 명세서**	00050	1	20200121	
(명세서 2) **방문진료 명세서**	00051	0	20200121	S017

Q24 방문진료 시 가정전문간호사를 동행하여 방문진료와 가정간호를 동시에 제공한 경우, 어떻게 청구하나요?

❍ 시범사업 명세서(방문진료 명세서)와 가정간호 명세서(가-13 가정간호기본 방문료[방문당])는 반드시 분리하여 청구합니다.

❍ 가정간호 명세서의 특정내역 구분코드(MT002)란에는 'V008'을, 총내원일수란에는 '1'로 기재하고, 시범사업 명세서(방문진료 명세서)의 특정내역 구분코드(MT002)란에는 'S017'을, 총내원일수란에는 "0"으로 기재합니다.

예) 방문진료 시 가정간호를 함께 받은 환자의 명세서

구 분	일반내역		상병내역	특정내역
	명세서 일련번호	총내원일수	내원일자	MT002
(명세서 1) **가정간호 명세서**	00050	1	20200122	V008*
(명세서 2) **방문진료 명세서**	00051	0	20200122	S017

* 가정간호 산정특례 특정기호: V008 등 해당 가정간호 산정특례 특정기호 기재

❍ 단, 동일 날 외래진료와 방문진료 및 가정간호를 모두 받은 환자의 경우에는 시범사업 명세서(방문진료 명세서)와 가정간호 명세서의 총내원일수란에는 "0"으로 기재합니다.

예) 동일 날 외래진료와 방문진료 및 가정간호를 모두 받은 환자의 명세서

구 분	일반내역		상병내역	특정내역
	명세서 일련번호	총내원일수	내원일자	MT002
(명세서 1) **외래진료 명세서**	00050	1	20200123	
(명세서 2) **가정간호 명세서**	00051	0	20200123	V008*
(명세서 3) **방문진료 명세서**	00052	0	20200123	S017

* 가정간호 산정특례 특정기호: V008 등 해당 가정간호 산정특례 특정기호 기재

Q25 건강보험 또는 의료급여 이중자격이 있는 보훈환자의 명세서가 지급불능 처리된 경우, 어떻게 하나요?

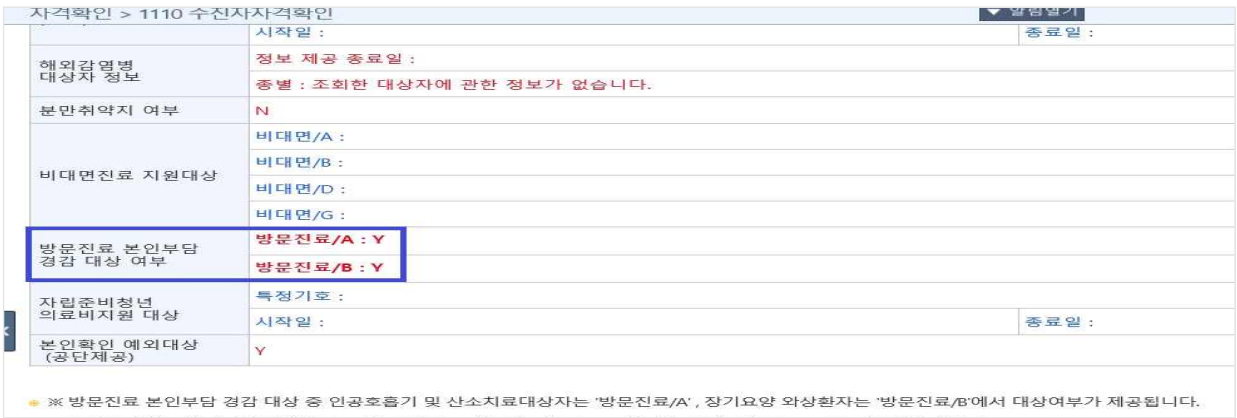
○ 요양급여비용 명세서 작성 시, 공상 등 구분의 보훈자격을 삭제하여 보완 청구합니다.

Q26 시범사업 자료제출 시스템에 방문진료 점검서식 내용을 입력할 경우, 방문진료 요양급여비용이 자동으로 청구되나요?

○ 일차의료 방문진료 수가 시범사업의 시범사업 자료제출 시스템은 방문진료 관련 정보를 입력하는 시스템이며, 방문진료료를 지급받기 위해서는 진료비 청구방법 및 절차에 따라 청구합니다.
단, 명세서의 작성·제출보다 방문진료 점검서식을 먼저 작성·제출하여야 합니다.

Q27 중증재택환자 본인부담률 15% 경감 대상자는 어떻게 확인하나요?

○ 국민건강보험공단 요양기관정보마당(https://medicare.nhis.or.kr)→ 자격확인 → 수진자 자격확인에서 방문진료 본인부담 경감 대상 여부를 확인 합니다.



Ⅳ 시범사업 자료제출 시스템

Q28 시범사업 자료제출 시스템은 무엇인가요?

○ 방문진료 의사가 대상자에게 제공한 방문진료 서비스 정보를 효과적으로 관리하기 위한 시스템입니다.

Q29 시범사업 자료제출 시스템을 이용하려면 어떻게 해야 하나요?

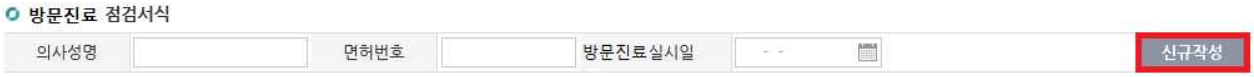
○ 심평원 요양기관업무포털(https://biz.hira.or.kr)을 이용해야 하며, 공동인증서를 통해 로그인 후 시범사업 자료제출 시스템으로 접속합니다.

* 요양기관업무포털(https://biz.hira.or.kr) 공동인증서 로그인 ⇨ 시범사업 자료제출 시스템 ⇨ 시범사업 서식관리 ⇨ 재택의료 시범사업 ⇨ 일차의료 방문진료 수가 시범사업

Q30 방문진료 점검서식을 작성하려면 어떻게 하나요?

○ 방문진료 의사의 성명, 면허번호 및 방문진료실시일을 모두 입력한 후, 신규작성 버튼을 누르면 새로운 방문진료 점검서식 화면으로 이동합니다.

※ 방문진료실시일은 환자를 방문하여 진료를 시작한 시간이 포함된 일자로 작성



Q31 '대상자 유형'의 작성 방법은 어떻게 되나요?

○ 방문진료 의사의 판단에 따라 방문진료 대상자가 거동이 불편한 환자일 경우, '2.1 방문진료료 본인부담' 항목에 '일부 본인 부담'을 선택하고, 대상자가 해당되는 '2.2 거동불편유형'을 모두 선택합니다.
해당되는 유형이 없는 경우, '⑨ 기타' 선택 후 세부 내용을 직접 작성합니다.

○ 거동이 불편하지 않은 환자에게 방문진료를 제공한 경우, '전액 본인 부담'을 선택합니다.

※ '전액 본인 부담' 선택 시, 2.2 거동불편유형 비선택

Q32 24시(자정) 넘어서 방문진료가 종료된 경우 '방문진료실시일'은 어떻게 기록하나요?

○ '방문진료실시일'은 환자를 방문하여 실제 진료를 시작한 일자를 기준으로 작성합니다.

예) (방문진료 시)
진료 시작시간 : 2020년 1월 16일 23:50
진료 종료시간 : 2020년 1월 17일 00:30
⇒ (점검서식 작성)
방문진료실시일 : 2020년 1월 16일

Q33 '진료 시간'은 어떻게 기록하나요?

○ 환자를 방문하여 실제 진료가 이루어진 시간을 24시간 기준으로 작성합니다.

(1) 진료 시작 연월일은 자동 생성됨(수정불가), 시분은 24시간 기준으로 정수 입력

(2) 진료가 끝난 시간을 연월일, 시분까지 24시간 기준으로 정수 입력

예) 자정 전 방문진료를 시작하여 자정이 지나 방문진료가 종료된 경우

진료 시간	(1) 시작	2020년 1월 7일, 23시 50분
	(2) 종료	2020년 1월 8일, 00시 30분

Q34 '이동거리(편도)'의 작성 기준은 무엇인가요?

○ 인터넷 검색*을 통해 조회된 편도 거리를 기준으로 작성하되, 정수 단위로 km를 표기합니다.

* 네이버 지도, 구글맵, 카카오맵 등

Q35 '방문진료사유' 중 '③ 의료기기 등 교체·관리'에 해당하는 의료기기 종류는 무엇인가요?

○ 의료인의 전문적인 관리가 필요한 의료기기로 유치도뇨관(Foley catheter), 비위관(NG tube) 등이 해당됩니다.

Q36 임시저장이 된 방문진료 점검서식을 최종 제출하려면 어떻게 하나요?

○ 대상자 조회 리스트에서 임시저장 상태의 점검서식을 더블 클릭하면 수정·삭제 가능한 '방문진료 점검서식 작성 화면'으로 이동합니다.
'방문진료 점검서식 작성 화면'에서 수정·삭제 및 최종 제출 할 수 있습니다.

○ 다만, 최종 제출시 삭제 및 수정은 불가합니다. 따라서 최종 제출 버튼을 누르기 전, 반드시 점검서식 입력 내용을 최종 확인하여야 합니다.

Q37 환자 1인당 산정횟수가 주 3회로 제한되어 있는데 모든 환자에게 동일한가요?

❍ 말기 암환자 등 집중 의료서비스가 필요한 경우는 시범사업 자료제출 시스템 점검서식에 예외사유를 기재하여 제출하면 주 3회를 초과하여 산정할 수 있습니다.

V 본인부담률

Q38 연간 외래진료 횟수가 365회를 초과하는 대상자의 외래 진료 본인부담 차등제 관련하여 방문진료료도 외래 진료횟수에 포함되나요?

❍ 네, 방문진료 횟수도 외래 진료횟수에 포함됩니다.

부록 시범사업 관련 문의처

□ 보건복지부 (대표전화: ☎ 129)

○ 보건복지부 보험급여과
- 시범사업 총괄

○ 보건복지부 요양보험제도과
- 장기요양보험 재택의료센터 시범기관 선정 및 통보

□ 건강보험심사평가원 (대표전화: ☎ 1644-2000)

○ 지불제도개발실 지불제도개발부
- 요양급여비용 산정 및 청구방법
- 시범사업 자료제출 시스템

○ 각 본부 심사평가부
- 시범사업 심사

□ 국민건강보험공단 (대표전화: ☎ 1577-1000)

○ 요양기준실 요양기준부
- 장기요양재택의료센터 시범사업 관련

○ 요양급여실 인정관리부
- 장기요양 1ㆍ2등급 거동불편자

○ 보험급여실 급여지급부
- 요양비(산소치료, 인공호흡기) 급여 대상자